

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET PRONOSTIC DES ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES DANS UNE ZONE HUMANITAIRE AU NORD MALI

S. FANÉ, A. BOCOUM, O.S. TRAORÉ, I. KANTÉ, A. SISSOKO, A. TRAORÉ, S. TRAORÉ, M. SIMA, A. KOUMA, C. SYLLA, I. TEGUETE, Y. TRAORÉ, N. MOUNKORO

RESUME

Introduction : Les accouchements dystociques sont responsables de morbidité sévère et de mortalité maternelle et périnatale dans la zone sahélo-saharienne.

Objectifs : L'objectif de ce travail était d'étudier l'épidémiologie et le pronostic maternel et foetal des accouchements dystociques dans une zone humanitaire.

Méthodologie : Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Régional de Mopti. Nous avons réalisé une étude transversale descriptive qui s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2020.

Résultats : Nous avons colligé 415 cas d'accouchements dystociques sur un total de 1967 accouchements, soit une fréquence de 21,1% ce qui correspond à un accouchement dystocique pour 5 accouchements réalisés. La tranche d'âge de 20-29 ans était la plus touchée par la dystocie (37,8%). Elles étaient primipares dans 28,6%. La majorité des parturientes provenait du cercle de Mopti (50,4%). En effet 81% des parturientes étaient ménagères et non scolarisées dans 72,5% des cas. La césarienne a été réalisée chez 78,8% des parturientes. Les principales indications de la césarienne étaient la présentation dystocique (15%) et la dystocie osseuse (12,4%). La principale complication maternelle était représentée par l'hémorragie dans 111 cas, soit une proportion de 26,7% ; suivie des lésions traumatiques des parties molles dans 7,2%. Le taux de mortalité maternelle était de 4,3% principalement liée à l'hémorragie. La mortalité périnatale était de 21%.

Conclusion : Les accouchements dystociques sont fréquents en zone humanitaire à Mopti et sont une cause importante de décès maternels et périnatals. Le pronostic maternel en cas d'accouchement dystocique est principalement lié à l'hémorragie, et celui néonatal lié à la souffrance fœtale. La solution appelle une bonne disponibilité des SONU.

Mots-clés : Accouchement dystocique ; Mortalité maternelle ; Mortalité périnatale ; Zone humanitaire ; Mali.

SUMMARY

Epidemiology and prognosis of dystocic deliveries in a humanitarian zone in northern Mali.

Introduction: Dystocic deliveries are responsible for severe maternal and perinatal morbidity and mortality in the Sahelo-Saharan region.

Objective: The objective of this work was to study the epidemiology and maternal and fetal prognosis of dystocic deliveries in a humanitarian area.

Methodology: Our study took place at the Mopti Regional Hospital. We conducted a descriptive cross-sectional study that took place over a 12-month period from January 1st to December 31st, 2020.

Results: We collected 415 cases of dystocic delivery out of a total of 1967 deliveries, i.e. a frequency of 21.1%, which corresponds to one dystocic delivery for every 5 deliveries performed. The 20-29 age group was the most affected by dystocia (37.8%). They were primiparous in 28.6%. The majority of parturients came from the circle of Mopti (50.4%). In fact, 81% of the parturients were housewives and 72.5% of the women were out of school. Caesarean section was performed in 78.8% of parturients. The main indications for caesarean section were dystocic presentation (15.0%) and bone dystocia (12.4%). The main maternal complication was haemorrhage in 111 cases, or 26.7%; followed by traumatic soft tissue injuries in 7.2%. The maternal mortality rate was 4.3%, mainly due to haemorrhage. Perinatal mortality was 21%.

Conclusion : Obstructed deliveries are common in the humanitarian zone in Mopti and are a significant cause of maternal and perinatal deaths. The maternal prognosis in cases of obstructed delivery is mainly linked to hemorrhage, and the neonatal one linked to fetal suffering. The solution calls for good availability of EmONC.

Keywords: Dystocic delivery; Maternal mortality; Perinatal mortality; Humanitarian zone; Mali.

INTRODUCTION

Les accouchements dystociques sont une des causes fréquentes de morbidité sévère, des séquelles et de mortalité maternelle. Chaque année dans le monde, 585.000 femmes au moins meurent des suites d'une grossesse ou d'un accouchement [1]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), près de 8 % de décès maternel dans le monde sont dus aux

accouchements dystociques [2]. Le Mali est le pays où le taux de mortalité maternelle demeure encore élevé ; 464 pour 100.000 naissances vivantes selon l'enquête démographique et de santé en 2006 [3]. Une étude réalisée au Centre Hospitalier Régional de Ségou a retrouvé une prévalence des accouchements dystociques de 16,96% [4]. La fréquence de la dystocie parmi les causes de décès maternels est en fait une préoccupation majeure des obstétriciens. La dystocie

Tirés à part : : seyduofane@yahoo.fr - drtraoré@yahoo.fr

FANE S., BOCOUM A., TRAORÉ O.S., KANTÉ I., SISSOKO A., TRAORÉ A., TRAORÉ S., SIMA M., KOUMA A., SYLLA, C. TEGUETE I., TRAORÉ Y., MOUNKORO N. Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostic des accouchements dystociques dans une zone humanitaire au Nord Mali Journal de la SAGO, 2023, vol.24, n°2, p.41-46.

était la deuxième cause de décès maternels à Mopti avant la survenue de la zone humanitaire.

I. OBJECTIFS

Les objectifs étaient d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques et de préciser le pronostic maternel et périnatal des accouchements dystociques en zone humanitaire à Mopti (Mali).

II. PATIENTES ET METHODES

Cette étude a été réalisée au Centre Hospitalier Régional de Mopti. L'insécurité sévit dans cette localité située à 600 km de Bamako faisant frontière avec le Mali, le Niger et le Burkina Faso, où opèrent les groupes armés. Nous avons réalisé une étude transversale descriptive. Les données étaient collectées sur une période de 12 mois allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2020. Notre étude a concerné toutes les admissions à la maternité de l'hôpital de Mopti pendant la période d'étude. Ont été incluses dans l'étude toutes parturientes admises à la maternité de l'hôpital de Mopti ayant présenté une dystocie au cours du travail d'accouchement. Les patientes qui n'ont pas accouché dans service et admises dans le post-partum.

La collecte des données

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête à partir des dossiers obstétricaux, du registre de références/évacuations, des registres de césariennes, du registre de décès maternels, et du registre des décès périnataux.

Les variables étudiées

Les variables étudiées étaient : l'âge, le statut matrimonial, la profession, la résidence, la parité, les antécédents, le nombre de consultations prénatales (CPN), l'état du nouveau-né, et la voie d'accouchement.

La saisie et analyse des données

Les données ont été saisies sur le logiciel Word 2016, analysées sur le logiciel SPSS version 21.0.0. Pour les comparaisons de variables nous avons utilisé le test de Khi carré de Pearson et le test de Fisher. Nous avons retenu pour seuil de différence statistique significative toutes les valeurs de $p < 0,05$.

III. RESULTATS

Aspects épidémiologiques

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 415 parturientes ayant présenté une dystocie sur un total de 1967 accouchements soit une prévalence de 21,1%. Nous observons ainsi une dystocie sur 5 accouchements réalisés. La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée avec un taux de 37,8%,

nous avons enregistré 30,8% dans la tranche d'âge de 30 à 39 ans. La proportion des adolescentes ayant un travail dystocique était assez élevée soit 25,3% ; celles de 40 ans ou plus représentaient 6,02% dans notre étude. L'ethnie Peulh était plus représentée avec un taux de 23,4%, venait ensuite les Dogons 23,1% puis les Bambaras 17,8%. Les ménagères dominaient dans l'étude avec un taux de 81,0% ; 97,11% des parturientes étaient mariées et 72,53% des parturientes n'étaient pas instruites. Ces aspects épidémiologiques sont présentés dans le tableau I.

Tableau I : Aspects épidémiologiques

Caractéristiques	Fréquence	Pourcentage (%)
Tranche d'âge (an)		
15-19	105	25,30
20-29	157	37,83
30-39	128	30,85
40 ou plus	25	6,02
Total	415	100%
Résidence		
Cercle de Mopti	209	50,4
Hors Mopti	206	49,6
Total	415	100%
Profession		
Elève/ étudiante	27	6,5
Femme au foyer	336	81,0
Fonctionnaire	18	4,3
Vendeuse/commerçante	34	8,2
Ethnie		
Bambara	74	17,8
Bozo	66	15,9
Dogon	96	23,1
Peulh	97	23,4
Sonrhaï	41	9,9
Autre	41	9,9
Total	415	100%
Statut matrimonial		
Célibataire	8	1,93
Mariée	403	97,11
Veuve	4	0,96
Total	415	100
Niveau d'instruction		
Non instruite	301	72,53
Primaire	72	17,35
Secondaire	35	8,43
Supérieur	7	1,69

Aspects cliniques

La parité était dominée par les nullipares 28,6%, suivie des multipares 23,86%, puis des paucipares 16,87%. La majorité des parturientes n'avait aucun antécédent obstétrical soit un taux de 84,34% ; 6,99% avaient un antécédent d'avortement ; 4,82% avaient un antécédent d'accouchement prématuré et 3,85% d'antécédent de mort-né. Dans notre étude 67,47% des parturientes n'avaient jamais été opérées, 26% avaient subi au moins une césarienne dans le passé. Dans notre étude 35,4% des parturientes n'avaient bénéficié d'aucun suivi et 14,9% des parturientes étaient mal suivies avec moins de trois CPN. Dans l'étude, 49,8% des parturientes étaient suivies régulièrement. Nous remarquons ainsi qu'un peu plus de la moitié des parturientes avec travail dystocique étaient non ou mal suivies. Les données sur les aspects cliniques sont résumés dans le tableau II.

Tableau II : Aspects cliniques

Antécédents	Fréquence	%
Gestité		
Primigeste	119	28,67
Paucigeste	114	27,47
Multigeste	79	19,04
Grande multigeste	103	24,82
Parité		
Nullipare	119	28,67
Primipare	62	14,94
Paucipare	70	16,87
Multipare	99	23,86
Grande multipare	65	15,66
Nombre de consultation prénatale		
1-2	61	14,70
3	120	28,92
4 ou plus	87	20,96
Aucune	147	35,42
Antécédents obstétricaux		
Avortement	29	6,99
Accouchement prématuré	20	4,82
ATCD de mort-né	16	3,85
Aucun ATCD	350	84,34
Antécédents chirurgicaux		
Césarienne	108	26,02
GEU	12	2,90
Myomectomie	5	1,20
Autre	10	2,41
Aucun	280	67,47

Pronostic maternel et fœtal

Dans notre étude, la majorité des parturientes n'ont présenté aucune complication grave pendant le travail ou dans les suites de couches, soit une proportion de 52,7% contre 47,3% de cas de survenue de complications.

Les principales complications observées dans notre étude étaient entre autres : l'hémorragie/anémie dans 26,75% (dont la principale cause était l'atonie utérine dans le post partum immédiat 30,66%) ; les lésions des parties molles dans 7,23% ; l'infection/septicémie notamment post-opératoire dans 5,30% ; l'éclampsie et ses complications dans 3,37% ; la psychose puerpérale dans 2,41%. Nous avons retrouvé 9 cas de fistules obstétricales soit une proportion de 2,17%. Sur les 415 parturientes de notre série, nous avons déploré 18 cas de décès maternels soit une létalité de 4,3%.

La principale cause de décès était l'hémorragie (55,5%).

Sur les 415 accouchements dystociques de notre série nous avons enregistré 435 naissances. Le pronostic fœtal était marqué par une proportion de 78,1% de nouveau-nés vivants versus 22,9% de mort-nés. La majorité des nouveau-nés ont présentés une souffrance à la naissance avec un score d'Apgar de moins de 7/10 à la 1ère minute dans 49,66% des cas et de moins de 7/10 à la 5^{ème} minute dans 28,8% des cas.

Les petits poids de naissance ont représenté dans notre étude 6,6% ; les nouveau-nés macrosomes 7,36%, et les prématurés 8%.

Dans notre série 39,5% des nouveau-nés ont été référés en pédiatrie pour principaux motifs suivants: l'asphyxie néonatale dans 11,72%, prématurité dans 8,05%, macrosomie dans 7,36%.

Nous avons retrouvé 95 cas de décès néonatal soit un taux de 21,8%.

Le tableau III résume le pronostic materno-fœtal.

Tableau III : pronostic materno-fœtal

Complications maternelles	Voie d'accouchement				Total
	Voie haute	Ventouse	Forceps	Manœuvres	
Hémorragie	106	3	2	0	111(26,75%)
Infection	17	2	3	0	22(5,30%)
Lésion parties molles	0	7	15	8	30(7,23%)
Psychose	10	0	0	0	10(2,41%)
Fistules	5	1	4	0	9(2,17%)
Eclampsie et complications	7	3	4	0	14(3,37%)

Cause de l'hémorragie	Fréquence	Pourcentage (%)
Atonie utérine	34	30,63
Rétention de débris tissulaire	23	20,72
Lésion des parties molles	15	13,51
Trouble de la coagulation	6	5,41
Rupture utérine	33	29,73
Total	111	100%

Voie d'accouchement	Etat de la mère		Total
	Vivante	Décès	
Voie haute	331	16	347
Voie basse avec ventouse	26	0	26
Voie basse avec forceps	28	2	30
Voie basse avec manœuvre obstétrical	12	0	12
Total	397(95,7%)	18(4,3%)	415(100%)

Complications rencontrées	Etat de la mère		Total
	Mère vivante	Mère décédée	
Hémorragie/anémie	101	10	111(26,75%)
Infection/choc septique	19	3	22(5,3%)
Lésion parties molles	30	0	30(7,23%)
Psychose puerpérale	10	0	10(2,41%)
Fistules obstétricales	9	0	9(2,17%)
Eclampsie	9	5	14(3,37%)

APGAR à la 1ère minute	Effectif	%
0	85	18,48
1 – 3	10	2,17
4 – 6	134	29,13
≥ 7	231	50,22
Total	460	100

Etat des nouveau-nés	Effectif	%
Vivant réanimé	237	51,52
Vivant non réanimé	128	27,83
Décès périnatal	95	20,65
Total	460	100

IV. DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

Nous avons trouvé une prévalence de 21,1% de travail dystocique soit 1 accouchement dystocique sur 5. Cette prévalence est supérieure à celles de Andryamady au CHU d'Antananarivo à Madagascar (11,9%) [5], de Traoré à l'hôpital régional de Ségou au Mali (16,96%) [4], de Ould El Joud et al. dans une enquête de cohorte prospective en population dans 7 villes en Afrique de l'Ouest (18,3%) [6]. Mais elle est inférieure à celle de Kabuyang et al. à Goma en République Démocratique du Congo (RDC) qui ont trouvé 33,6% [7]. Ces différences seraient probablement liées à la définition du concept « dystocie », au site de l'étude et à son statut des sites d'étude (maternité communautaire, hôpital régional, Centre Hospitalier Universitaire).

La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée avec un taux de 37,8% ; nous avons enregistré 30,8% dans la tranche d'âge de 30 à 39 ans. La proportion des adolescentes ayant un travail dystocique était assez élevée soit 25,3% ; celles de 40 ans ou plus représentaient 6,02% dans notre étude. Une expérience des Cliniques Universitaires de Kinshasa retrouve les proportions suivantes : la tranche de 31 – 35 ans avec 30,9%, celle de 26 – 30 ans avec 28%, les femmes de 36 ans et plus à 24,3%, celles de 20 – 25 ans à 8,4%, et les moins de 20 ans à 0,6% [8]. Nos chiffres dénotent d'une part de la précocité du mariage de la jeune fille dans la région et d'autre part une prédominance d'apparition de dystocie d'accouchement aux deux âges extrêmes de la vie génitale de la femme. L'ethnie Peulh était plus représentée avec un taux de 23,4%, venait ensuite les Dogons 23,1% puis les Bambaras 17,8%. Cette répartition est plus ou moins cohérente avec la répartition ethnique globale dans la région de Mopti. La dystocie du travail d'accouchement touche donc toutes les ethnies et la répartition est fonction de la composition de la population du site de l'étude. Les ménagères dominaient dans l'étude avec un taux de 81,0% ; 97,11% des parturientes étaient mariées et 72,53% des parturientes n'étaient pas instruites. Ces taux élevés témoignent encore une fois des effets de la précocité du mariage qui offre peu de perspectives pour l'alphabétisation et l'employabilité de la jeune fille, et l'expose aux complications de la grossesse et de l'accouchement.

Aspects cliniques

La parité était dominée par les nullipares 28,6%, suivie des multipares 23,86%, les paucipares 16,87%. Cette tendance diffère de celle dans l'étude de Traoré [4] où elle était la suivante : les primigestes 35,8%,

les paucipares 28,8% suivie des grandes multipares 22,9%. Kabuyanga en RDC a retrouvé en 2013 les proportions suivantes : les grandes multipares 37,4% et les nullipares 36,5% [7]. La majorité des parturientes n'avait aucun antécédent obstétrical soit un taux de 84,34% ; 6,99% avaient un antécédent d'avortement ; 4,82% avaient un antécédent d'accouchement prématuré et 3,85% d'antécédent de mort-né. Dans notre étude 67,47% des parturientes n'avaient jamais été opérées, 26% avaient subi au moins une césarienne dans le passé. Ces chiffres diffèrent de celui retrouvé par Kabuyanga et al où 67% des femmes avec travail dystocique avait au moins un antécédent de césarienne [7]. Dans notre étude 35,4% des parturientes n'avaient bénéficié d'aucun suivi et 14,9% des parturientes étaient mal suivies avec moins de trois CPN. Dans l'étude, 49,8% des parturientes étaient suivies régulièrement. Nous remarquons ainsi qu'un peu plus de la moitié des parturientes avec travail dystocique étaient non ou mal suivies ; ce qui confirme que l'absence de CPN constitue un véritable facteur d'exposition à la dystocie. Ces chiffres sont plus ou moins parallèles avec ceux trouvés par Zaranaina où 61% des femmes n'avaient fait aucune CPN, 23,4% avaient un suivi irrégulier ; dans cette même étude, 15,52% des femmes avaient un suivi régulier [8, 9]. Une étude faite à Kinshasa a montré que les femmes n'ayant pas eu de suivi prénatal sont 4 fois plus exposées à la dystocie que celles qui suivaient régulièrement leur CPN [8, 9].

Pronostic maternel et fœtal

Dans notre étude, la majorité des parturientes n'ont présenté aucune complication grave pendant le travail ou dans les suites de couches, soit une proportion de 52,7% contre 47,3% de cas de survenue de complications. Les principales complications observées dans notre étude étaient entre autres : l'hémorragie/anémie dans 26,75% (dont la principale cause était l'atonie utérine dans le post partum immédiat 30,66%) ; les lésions des parties molles dans 7,23% ; l'infection/septicémie notamment post-opératoire dans 5,30% ; l'éclampsie et ses complications dans 3,37% ; la psychose puerpérale dans 2,41%. Nous avons retrouvé 9 cas de fistules obstétricales soit une proportion de 2,17%. Sur les 415 parturientes de notre série, nous avons déploré 18 cas de décès maternels soit une létalité de 4,3%. La principale cause de décès était l'hémorragie (55,5%). En comparaison, Andriamady [5] a rapporté 25 cas de décès maternels sur 919 accouchements dystociques soit 2,7% et les principales causes étant les complications hémorragiques (52% des décès). Sur les 415 accouchements dystociques de notre série nous avons enregistré 435 naissances. Le pronostic fœtal était marqué par une proportion de

78,1% de nouveau-nés vivants versus 22,9% de mort-nés. La majorité des nouveau-nés ont présentés une souffrance à la naissance avec un score d'Apgar de moins de 7/10 à la 1ère minute dans 49,66% des cas et de moins de 7/10 à la 5ème minute dans 28,8% des cas. Andriamady et al ont retrouvé 24,1% des nouveau-nés ayant un score Apgar inférieur à 7/10 à la 5ème minute [5]. Les petits poids de naissance ont représenté dans notre étude 6,6% ; les nouveau-nés macrosomes 7,36%, et les prématurés 8%. Dans notre série 39,5% des nouveau-nés ont été référés en pédiatrie pour principaux motifs suivants : l'asphyxie néonatale dans 11,72%, prématurité dans 8,05%, macrosomie dans 7,36% . Nous avons retrouvé 95 cas de décès néonatal soit un taux de 21,8%. Kabuyanga et al ont retrouvé un taux de décès néonatal de 8,42% [7]. Un taux de décès néonatal de 20,8% a été trouvé par Andriamady et al [5].

CONCLUSION

Les accouchements dystociques sont fréquents en zone humanitaire à Mopti. Il s'agissait d'une cause importante de décès maternels et périnatals. Le pronostic maternel en cas d'accouchement dystocique est lié l'hémorragie, l'éclampsie et l'infection. En effet le pronostic néonatal était lié à la souffrance fœtale. La réduction de la fréquence des dystocies et de l'amélioration du pronostic maternel et fœtal passe la disponibilité et la qualité des SONU.

REFERENCES

1. **Armstrong R.** Prévention des décès maternels. Genève : OMS ; 1990.
2. **Organisation Mondiale de la Santé.** Dossier mère et enfant : Guide pour une maternité sans risque. Genève : OMS ; 1996.
3. **Ministère de la Santé du Mali.** Enquête démographique et de santé ; 4ème éd. Bamako : ministere de la santé du mali ; 2006.
4. **Traore B, Thera A.T, Kokaina C, Beye S.A, Mounkoro N, Teguate I, Traore Y, Dolo A.** Les accouchements dystociques au Centre Hospitalier Régional de Ségou au Mali - A propos de 240 cas. Médecine d'Afrique Noire. Mars 2010 ; 57(3) : pp. 161-5.
5. **Andriamady RCL, Andrianarivony Mo, Ranjalahy Rj.** Les accouchements dystociques à la maternité de Befelatanana-CHU d'Antananarivo, à propos de 919 cas. Médecine d'Afrique noire. 2000 ; 47(11) : pp. 456-9.
6. **Ould EJD, Bouvier MH,** Le Groupe Moma. Dystocia: frequency and risk factors in seven areas in West Africa. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2002 Feb; 31(1): pp. 51-62. Accessible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11976578/>
7. **Kabuyanga K Richard, Kakoma Z. Sakatolo JB, Katenga B. Gedeon, Kalume Mushabaa J, Kambale M. Jerome.** Facteurs prédictifs et issues des accouchements dystociques à Goma, RDC : Rev. méd. Gd. Lacs 2013; 2(3): pp. 265-282.
8. **Esambo V, Balua Kumona V, Mukuma NB.** Facteur Socio-démographiques favorisant les accouchements dystociques, prédisposant au décès maternel : Une expérience des Cliniques Universitaires de Kinshasa. International Journal of Innovation and Applied Studies. Oct 2019 ; 27(3) : pp. 854-860.
9. **Zaranaina L F.** Etude Epidémioclinique des accouchements dystociques au CHDII de Fort-Dauphin [thèse : méd]. Antananarivo : université d'Antananarivo ; 2004.